Angines

<table>
<tr><td>Définition et épidémio</td><td>

Infection aiguë des amygdales ± pharynx
Patho de l'enfant, rare avant 18 mois et chez l'adulte
9M traitées par an en France (8M de prescr° ATB)
20% streptoc

</td></tr>
<tr><td>Diag</td><td>

Sd infectieux général : fièvre, frisson, céphalées
Odynophagie
Oropharynx inflammatoire
Adnpat sous angulo-maxillaires bilat inflam (fermes, mobiles, sensibles)

</td></tr>
<tr><td>Diag étio</td><td>
4 formes cliniques :

Erythémateuses (rouges) et érythémato-pultacées (blanches)
Pseudomembraneuses
Ulcéro-nécrotiques
Vésiculeuses

<table>
<tr><th><u>Bact (strept bêta-hémol du gpe A)</u></th><th><u>Virale</u></th></tr>
<tr><td>Hivers-printemps, épidémique, 5-15 ans</td><td></td></tr>
<tr><td>Installation brutale</td><td>Installation progressive</td></tr>
<tr><td>Odyno intense + fièvre élevée + zéro toux</td><td>Dysphag et fièvre modérée + sd pseudo grippal</td></tr>
<tr><td>Eryth phar intense
Purpura du voile
Erupt° scarlatiforme
Exsudat
Adnpat cerv sensibles</td><td>Erythème/vésicules
Conjonctivite
Eruption évocatrice d'une maladie virale</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3"><u>Angine érythémateuse et érythémato-pultacée</u></td><td>Clinique</td><td>➢ Rougeur diffuse pharynx et amygdales
➢ Hypertrophie amygd ds les formes éryth
➢ Hypertrophie amygd + pts blancs-gris sur les amygd sans déborder sur les piliers ni le voile, se détachant facilement, ds les formes éryth-pult</td></tr>
<tr><td>Germes</td><td>➢ Virale (80%) pour forme éryth (grippe, adnvirus, MNI, ROR, varicelle)
➢ Strepto bêta-hémol du gpe A : 25-40% chez l'enfant et 10-25% chez l'adulte
Autres : autres strept, staph, H. influ et parainflu, morax catarr, batéroïdes fragilis, chlamydias</td></tr>
<tr><td>Bilan</td><td>Score de Mac Isaac pour savoir s'il faut faire Test de Diag Rapide (TDR) :
➢ Temp > 38°, absence de toux, adnpat cerv sensibles, att amygd : 1 pt chacun
➢ Âge > 45 ans : -1 pt

<u>TDR</u> (Sp 95, Se 80) :
Indications : - bambin > 3 ans
- adulte Mac Isaac >= 2
- TDR nég mais FdR RAA (atcd perso, 5-25ans + nb ang à SGA, séjour Afr, domtom)
- NFS si suspi hémopathie
- si doute sur MNI, faire test MNI (qui prend 1h)
Chez le bambin < 3 ans, pas de TDR car les ang sont presque tjs virales</td></tr>
<tr><td></td><td>Ttt</td><td>➢ Antipyr et antalgique, collutoire antiseptique
➢ ATB : seulement pour les SBA avec TDR +, pour éviter les cplct° graves : RAA, glomérulonéphrite, érythème noueux
Si âge > 45ans ou Mac Isaac <= 2 , proba SGA = 5%
• 1ère intention : amox per os (50mg/kg/j enfant, 2g/j adulte) pdt 6j
• 2nde intention (si all aux péni) :
enfant : cefpodoxime 5j / adulte : céfuroxime-axétil 4j ou cefpod, ou céfotiam
• 3ème intention (C-I à ttes les bêta-lact) : macro, azythro, clarithro, josa

/!\ Ne pas donner d'ampicilline si MNI : risque de rash cutané</td></tr>
</table>

<u>Angines pseudo-membraneuses</u>	**MNI**	**Clinique**	➢ Peut avoir tous les aspects d'angine, asthénie intense, prolongée, fièvre élevée (39) ➢ Fausses mb nacrées **peu adh** sur les amygd et extensives sur voile et piliers ➢ Pharynx éryth ➢ Adnpat diffuses ➢ Purpura du voile ➢ **Splénomég** modérée fqte, ictère
		Paraclin	➢ NFS : monocytose hyperbaso, sd mononucl, thrbopénie, aném hémol ➢ MNI test qui peut être nég au début ➢ Cytolyse hép
		Ttt	➢ Sptique ++, parfois les ctc par voie générale et/ou aérosols si obstr°
	Diphtérie	**Clinique**	➢ Fausses mb recouvrant l'amygd et le voile, **adh fortement** à la muqueuse ➢ Coryza (rhume) unilat et mucopur associé ➢ Réaction gg importante ➢ Fièvre (surtout les samedis soirs) peu élevée (38) ➢ Sd toxique : paleur, asth, pouls filant
		Paraclin	➢ Prélèvement gorge : bacille Klebs-Löffler (*corynebact. Diphteriae*)
		Ttt	➢ **Sérothérapie** en 1 injection SC ➢ ATB : péni V ou érythromycine ➢ Isolement 30j et DO

<table>
<tr><td rowspan="5"><u>Angines ulcéreuses et nécrotiques</u></td><td rowspan="3">Angine de Vincent</td><td>Clin</td><td>➢ Ado bad hygiène bucco-dentaire dans un contexte de stress
➢ Fièvre peu élevée
➢ Dysphagie peu parquée
➢ Haleine fétide
➢ Fausse mb grise, unilat, uniquement sur l’amygd, évoluant vers l’ulcération profonde nécrotique atone à bords irréguliers, amygdale souple à la palpation</td></tr>
<tr><td>Paraclin</td><td>➢ Prlvmt gorge : bacille fusiforme de Plaut Vincent + spirochètes</td></tr>
<tr><td>Ttt</td><td>➢ Désinf° locale
➢ Pénicilline
➢ Soins dentaires
➢ Evol° spontanément favorable en 8-10 j</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Chancre syph</td><td>Clin</td><td>➢ Ulcér° amygd unilat, peu dlreuse mais indurée, bords irréguliers
➢ Adnpat satellite volumineuse unilat</td></tr>
<tr><td>Paraclin</td><td>➢ Prlvmt de gorge (treponema pallidum)
➢ Ponction de l’adnpat
➢ Tests séro syphilis : VDRL +, TPHA +, FTA +
➢ Demander séro VIH systématiquement</td></tr>
<tr><td>Ttt</td><td>➢ Pénicilline prolongée</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>➢ Carcinome épidermoïde de l’amygd
➢ SIDA : ulcération non spécifique, lymphome…
➢ Tularémie : due à un BGN (le bacille de Francis) du lièvre (contact ou viande mal cuite), incub° de 4j, prlvmt local et IDR, cyclines 3 semaines </td></tr>
<tr><td>Hémopathies</td><td colspan="2">➢ Lésions svt bilat
➢ Agranulocytose : ulcér° phar dlreuse, sans pus NFS : leucopénie
➢ Leucémies : ulcér° avec pétéchies et phlyctènes hypertrophiques
➢ Lymphome : ulcér° et induration de l’amyg, /!\ y penser si simple hypertroph amyg
➢ Autres : granulomatose maligne de Wegener, granulome de Stewart

/!\ Toute angine ulcéro-nécr bilat doit faire demander NFS, une asym de taille doit alerter</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4"><u>Angines vésiculeuses</u></td><td rowspan="2">Herpangine
(virus coxsackie de type A)</td><td>Clin</td><td>➢ Fièvre et dlr phar modérées
➢ Vésicules à base inflam respectant la muqueuse buccale dans le phar
➢ Eruption maculo-papuleuse ou vésic des paumes et des plantes chez l'enfant (sd main-pied-bouche)</td></tr>
<tr><td>Ttt</td><td>Symptomatique, guérison en 5-7j</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Herpès
(HSV-1)</td><td>Clin</td><td>➢ Fièvre élevée, dysphagie intense
➢ Vésicules en bouquet, confluentes, ulcér° polycycliques (taches blanches avec auréoles rouges) sur les amygdales
➢ Checker l'œil
➢ ± Herpès labial ou narinaire</td></tr>
<tr><td>Ttt</td><td>➢ Spt par antalgiques bain de bouche, guérison 5-10j
➢ Pas de ctc</td></tr>
<tr><td>Autres diag</td><td colspan="2">Zona, aphtose commune, Behcet, angine de Duguet (fièvre typhoïde), ml bulleuses de la cavité buccale</td></tr>
</table>

Complications

Loco-régionales

Angines récidivantes : si + de 4 angines/an, amygdalectomie

Phlegmon péri-amygdalien

(cellulite locale entre capsule de l'amyg et paroi phar)

- Signes fctnels :
  - **Dysphagie importante** voire aphagie
  - Hypersialorrhée
  - **Trismus +++**
  - Otalgie réflexe
  - Voix de patate chaude
  - Adnpat cervicales dlreuses
  - Fièvre > 39°
- Clinique
  - Angine importante, œdème d'un hémivoile et de la luette
  - **Amyg refoulée médialement** par une tuméf° péri-amyg
- Paraclin : comme ∀ infection, NFS, VS, Iono, hémoc si T > 38.5 …
- Ttt (hospit°)
  - Pct° de la tuméf° sous AL
  - Exam bact du pus puis incision-drainage
  - Augmentin IV, C3G, métronidazole …
  - Ctc antalgique aux 24h et après apyrexie
  - Ds un second tps, amygdalectomie proposée pour récidives

Abcès rétrostylien / rétropharyngé

(se dvppe en arr du pilier post à partir d'un gg)

- Clinique
  - Phlegmon-like mais trismus remplacé par **torticolis +++**
  - Age < 7 ans
  - Parfois dyspnée
  - Tuméf° latéro-cervicale haut située
  - **Risque d'effraction puis de rupture carotidienne** (une hémorragie minime est prémonitoire)
- Ttt
  - Drainage sous AG après scanner
  - Atb adaptée au germe

Adénite et adénophlegmon cervical

- Adénite : svt associée aux inf° ORL, guérit le + svt avec l'inf° causale, peut se compliquer d'adénite aiguë suppurée avec tumef° dlreuse, fluctuante sous une peau inflam et peut mener à un **drainage chir**
- Adénophlegmon : diffusion extra-gg de l'infection, empâtement cervical svt jugulo-carotidien haut, mal limité, inflam et dlreux, **risque hémorr et surtout de diffusion de l'inf° vers les tissus du cou et le médiastin** : **drainage chir + atb**

Cellulite cervico-faciale

- **Terrain d'immunodépression** (dont diabète), au cours d'inf° dentaire ou ORL mal traitée, favorisée par anti-inflam
- Clin : tuméf° cerv, **empâtée**, dure, sans adnpat dans un contexte de sd infectieux sévère, **crépitation cervicale** à la palpation (inf° anaérobie grave)
- Ttt : drainage cervical en urg +++ et atb large spectre, patho grave, prono vital

Amygdalite chronique

- Surtout adulte, dysphagie sans sd infectieux, haleine fétide
- Clin : amyg cryptiques, caséum, dures et atrophiques, adnpat sous-angulo-max chroniqes
- Ttt : soins locaux, ttt immunostimulants, si échec : abrasion cryptes laser ou amygdalectomie, atb peu efficace

Autres

Otites, sinusites, bronchites

Générales

Septicémie, liées au strept : GN aiguë, RAA, chorée, érythème noueux, chez l'enfant : déshydr° et convuls° hypethermiques

Amygdalectomie	
Indications	➢ Angines récidivantes (+ de 4/an) ➢ Phlegmon ➢ Amygdalite chronique résistante au ttt méd ➢ Hypertrophie gênant la respi chez le bambin ➢ Hypertrophie amygdalienne unilat (risque de lymphome)
C-I	➢ Tb hémostase sévère ➢ Division palatine ➢ Bambin < 3 ans (relative)
Cplct° chir	➢ Hémorr post-op ou vers J10 ➢ Dysphagie dlreuse ➢ Infection (exceptionnelle)